

関西健康管理センター 健康診断申込書

天満橋センター内

健診希望日の14日前までにお申し込みください。

■健診コース

※ご希望のコースに○印をご記入ください。

家族健診	プレシャスコース
スマートドック <input type="radio"/>	被保険者氏名 ※ご紹介者をご記入ください。 <input type="radio"/>
生活習慣病健診 <input type="radio"/>	
定期健康診断 <input type="radio"/>	※下記、被保険者証(記号・番号)と事業所名の記入は不要です。

■健診希望日

※第三希望までご記入ください。

<第一希望>	年	月	日	午前・午後
<第二希望>	年	月	日	午前・午後
<第三希望>	年	月	日	午前・午後

■オプション検査

※ご希望の検査に○印をご記入ください。

①腫瘍マーカー検査 <input type="radio"/>	②甲状腺診断検査 <input type="radio"/>	③BNP検査 <input type="radio"/>
④ABC検診(胃癌リスク) <input type="radio"/>	⑤ピロリ抗体検査 <input type="radio"/>	⑥血圧脈波検査 <input type="radio"/>
⑦乳房超音波検査 <input type="radio"/>	⑧胃内視鏡検査 <input type="radio"/>	⑨腸内フローラ検査 <input type="radio"/>
	⑪大腸がんリスク検査 <input type="radio"/>	⑫膵臓がんリスク検査 <input type="radio"/>
⑬ロックスインデックス検査 <input type="radio"/>	⑭アレルギー検査 <input type="radio"/>	

注意事項 次の検査は事前に「電話予約」が必要です。※検査枠に限りがあります。

⑦乳房超音波検査 **実施日** 月～金の午前・午後

⑧胃内視鏡検査 **実施日** 火、水、木の午前 ※確認事項 | 服薬・サプリメントの有無。

被保険者証 記号 7 1 -	番号
事業所名	
ご住所 〒 -	
連絡先	自宅 ()
※日中連絡がとれる番号	携帯 ()
フリガナ	性別 男・女
氏名	
生年月日(西暦)	年 月 日 (歳)

全国土木建築国民健康保険組合
 関西健康管理センター
 TEL. 06-6942-6411 / FAX. 06-6942-6249